

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 mai 1892, à 1 heure.

Par FRÉDÉRIC GODET

Né à Cormeilles-en-Vexin (Seine-et-Oise), le 3 mai 1865.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Ancien interne des hôpitaux du Havre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

LARYNGITES RUBÉOLIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur

QUINQUAUD,

GILBERT,

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 mai 1892, à 1 heure.

Par FRÉDÉRIC GODET

Né à Cormeilles-en-Vexin (Seine-et-Oise), le 3 mai 1865.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Ancien interne des hôpitaux du Havre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

LARYNGITES RUBÉOLIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur

QUINQUAUD, } *agréés.*
GILBERT, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	{ BALL.
	{ CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUGHET.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	RETTÉTER.	WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE DOCTEUR A. GODET

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A MA COUSINE

MADemoiselle ARMANDINE BLOSSIER

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES
LARYNGITES RUBÉOLIQUES

INTRODUCTION

Nous avons pour but dans ce travail d'étudier les accidents qui peuvent surgir du côté du larynx à chaque période de la rougeole. Mais, en abordant ce champ d'étude, nous craignons d'entreprendre une tâche trop au-dessus de nos forces.

Nous ne pouvons personnellement rien ajouter aux excellentes descriptions que nos maîtres ont faites des manifestations précoces et tardives de la rougeole sur la muqueuse laryngée. Cependant, guidé dans cette importante étude par les nombreux travaux parus sur ce sujet, ayant de plus fréquenté depuis deux mois d'une manière régulière le service de la rougeole à l'hôpital Trousseau, nous essaierons d'appeler spécialement l'attention sur quelques laryngites secondaires graves qui offrent un intérêt tout particulier tant au point de vue clinique qu'au point de vue du diagnostic.

Nous aurions pu rapporter une foule d'observations de laryngites paraissant aux périodes d'invasion ou d'éruption ; c'est, en effet, en accumulant les faits cliniques qu'on acquiert en médecine une conviction légitime. Mais, vu la fréquence de ces accidents laryngés qui frappent presque tous les petits malades, nous ne ferons qu'en donner les caractères cliniques et nous insisterons sur quelques faits nouveaux que nous avons pu recueillir à l'hôpital Trousseau, dans le service de la rougeole, dirigé à ce moment par M. le Docteur Moizart.

Avant de terminer ce travail, auquel nous eussions voulu donner plus de développement, si des circonstances particulières ne nous eussent forcé de terminer nos études le plus promptement possible et d'interrompre par conséquent nos observations, il nous reste un agréable devoir à remplir, celui de remercier sincèrement M. le Docteur Moizart dont l'aimable obligeance a facilité nos recherches ; le bon accueil qu'il nous a toujours fait, les conseils dont il nous a éclairé lui donnent droit à toute notre reconnaissance.

M. le professeur Debove en acceptant la présidence de ma thèse me fait un grand honneur que j'apprécie hautement. Qu'il veuille bien recevoir le témoignage de ma bien respectueuse gratitude.

DIVISION

Nous diviserons notre travail en trois chapitres.

Dans le premier chapitre, nous exposerons tout ce qui a été fait sur les déterminations de la rougeole sur l'appareil vocal.

Dans le second, nous tâcherons de tracer au point de vue clinique les caractères des laryngites rubéoliques, nous traiterons spécialement de quelques laryngites secondaires graves, de la difficulté qu'il y a quelquefois à les différencier de la laryngite pseudo-membraneuse.

Dans le troisième, nous donnerons quelques déductions pratiques et quelques conclusions générales.

CHAPITRE PREMIER

Notes historiques.

Les déterminations précoces et surtout les déterminations tardives de la rougeole sur le larynx ne semblent pas avoir été remarquées avant le commencement du XIX^e siècle. Il suffit, en effet, pour s'en rendre compte de passer en revue tous les travaux qui ont été faits sur la rougeole jusqu'à la thèse de Campagnac (1812).

Hippocrate et les anciens médecins de la Grèce ne parlent nulle part dans leurs écrits de la fièvre morbillieuse. Plusieurs auteurs, principalement Sennert, Wedel, Triller, Saumaise et Willan ont essayé de faire remonter la notion de la rougeole jusqu'aux médecins grecs ; mais il n'en est rien. Les travaux de Gruner montrent que cette maladie paraît avoir fait son apparition en France à la même époque que la variole, c'est-à-dire dans le temps où les Maures et les Arabes firent la conquête d'une partie de l'Europe méridionale.

Au IX^e siècle, Rhazès, médecin arabe, en donne une description incomplète ; car il ne la différencie pas totalement de la variole.

Vers la fin du X^e, Avicenne reprend ce sujet. Vers le milieu du XI^e, Constantin l'Africain adopte le nom de *morbilli*, mot qui exprime probablement la gravité de la ma-

ladie à cette époque, puisque Constantin le fait dériver de *morbus*, lequel à ce moment signifiait peste.

En somme, jusque-là les fièvres éruptives, la rougeole, la variole et la scarlatine sont considérées comme la même maladie présentant des degrés divers. Sennert, Diemerbrock, Morton et beaucoup d'autres n'échappent pas à la loi commune. Écoutons Stoll : *Observatio horna, aliæque... in eam me sententiam adduxere, ut variolas et morbillos eundem semper morbum, eumque benignissimæ indolis, si non omni semper, at saltem potiori tempore, reputarim, quive soli, atque extra consortium prævum cito decurrunt, et periculo carent, sed quos a miti ingenio suo populare temporis vitium detorquet, effaratos reddit et exleges* (*Rat. med. Vien.*, tome II, page 198).

Frédéric Hoffmann, Huxham, de Haen, Rosen, Stork, Eller décrivent déjà la rougeole d'une façon plus parfaite.

Enfin, Sydenham établit très nettement l'individualité de cette maladie, il nous a laissé des descriptions parfaites des épidémies qui sévirent à Londres en 1670 et 1674. Citons encore Borsieri qui décrit une forme bénigne et une forme maligne.

Mais tous ces auteurs, Hoffmann, Stoll, Waston, Pinel, G. Roux lui-même, mentionnent à peine la possibilité d'accidents du côté du larynx.

G. Roux, dans son traité paru en 1807, dit seulement, dans un certain nombre d'observations de rougeole simple et compliquée, qu'il peut se présenter « tantôt une toux sèche, fréquente, très fatigante ». Plus loin, dans la description d'une épidémie qu'il a observée en 1807, il signale « une toux d'abord légère et rare, mais qui est devenue

bientôt plus forte, plus fréquente, sèche, croissant à mesure que l'éruption se développe ». Chez deux sujets, il fait remarquer que la toux se manifesta par des quintes si fatigantes, qu'elle imitait beaucoup la coqueluche.

En 1812, paraît une dissertation sur la rougeole (thèse de doctorat par Campagnac). Celui-ci observa pendant le mois de mai une épidémie à l'hôpital des Enfants malades en l'an 1809, mais sur les garçons seulement. Les deux tiers des malades au moins, dit-il, offraient alors une complication d'angine laryngée très intense, soit que celle-ci parût en même temps que la rougeole, ou bien durant son cours et à la suite du plus léger refroidissement, tant la membrane muqueuse du larynx était disposée à s'enflammer. Il fait observer qu'on reconnaissait cette complication à une douleur que les enfants rapportaient eux-mêmes à la région du larynx et qui se propageait sur un petit nombre jusqu'à la partie supérieure du sternum. Quant à la voix, elle offrait une altération particulière que l'on distinguait facilement par l'habitude, mais qu'il était difficile de décrire.

De plus, ajoute-t-il plus loin, la gêne de la respiration était extrême et approchait de la suffocation. Parmi les enfants qui offrirent cette complication, dix furent véritablement suffoqués du 8^e au 11^e jour. A l'autopsie, la membrane muqueuse du larynx était rouge, plus ou moins épaissie et recouverte d'une mucosité puriforme. Chez quelques sujets, la rougeur se propageait sur la membrane muqueuse de la trachée, dans l'étendue de quelques pouces, ce qui correspondait parfaitement à la différence de l'étendue de la douleur qu'on avait observée pendant la vie.

Il est à supposer que Campagnac, n'ayant noté nulle part la présence de fausses membranes ou d'ulcérations, n'a eu affaire qu'à une laryngite érythémateuse, grave chez quelques sujets. Les formes ulcéreuse et diphthérique ne se seront pas montrées pendant l'épidémie. En résumé, les accidents laryngés de l'épidémie de 1809 furent caractérisés cliniquement par de la douleur au niveau du larynx, des accès de suffocation et par une altération de la voix et de la toux tellement spéciale que Campagnac se déclare impuissant à la définir.

Guersant, dans le *Dictionnaire en 21 volumes*, dans un article consacré à l'étude de la rougeole, mentionne le faux croup sans donner aucun détail.

En 1832, M. Lombard remarque qu'un des caractères de l'épidémie qu'il observa à Genève en 1832, fut de s'accompagner d'une laryngite violente chez tous les malades.

Boudin (thèse de doctorat de Paris, 1835, intitulée : *Recherches sur les complications qui accompagnent la rougeole chez l'enfant*) fait remarquer au chapitre qui traite des organes de la voix et de la respiration que « dans tous les cas, les cris des enfants avaient un timbre différent de celui de l'état normal ; ils étaient voilés et légèrement rauques ; la toux, sans expectoration, dans tous les cas, était très fréquente. Dans un cas, elle s'est montrée sous forme d'accès avec dyspnée, menace de suffocation et un timbre rauque, mais qui ne ressemblait pas aux aboiements d'un chien ; de plus, la respiration était sifflante dans l'inspiration comme dans l'expiration ». Chez ce sujet, il trouva des fausses membranes dans la trachée et l'origine des bronches, mais il n'en trouva pas ailleurs. Aussi, ce croup,

ajoute-t-il, n'a pas suivi la marche indiquée par les observations de Bretonneau et Louis : il ne s'est pas étendu progressivement de haut en bas. En effet, il raconte que l'examen fait chaque jour n'a permis de voir de fausse membrane ni sur le voile du palais, ni sur les amygdales et le pharynx, et qu'à aucune époque l'enfant n'a expectoré de fausse membrane.

A l'autopsie, chez huit sujets, la muqueuse laryngo-trachéale et bronchique était d'un rouge vif, plus épaisse qu'à l'état normal, finement arborisée. Dans un cas, il signale la présence d'une fausse membrane blanchâtre ; chez un autre sujet, il trouva entre la base des cartilages aryténoïdes, dans l'espace qui sépare en arrière les deux cordes vocales inférieures, une ulcération de deux lignes d'étendue transversalement.

Dans la thèse de Boudin se trouvent donc déjà décrites d'une façon à peu près complète les lésions de la muqueuse, la rougeur et l'épaississement, les ulcérations dans un cas et dans un autre des fausses membranes assez minces.

Dechaut (*De la rougeole irrégulière et compliquée*, thèse de Paris, 1842), qui avait observé une épidémie à l'hospice des Enfants assistés, a fait la remarque que dans certains cas il se présentait une toux opiniâtre, sèche, irritative, revenant par quintes avec une raucité effroyable ; elle pouvait être accompagnée d'une aphonie complète et simuler le croup dont il différencie cet état morbide qui pour lui est une laryngo-trachéite débutant à la fin de la rougeole. Il a également vu des cas de véritable croup, quelquefois précédés d'angine pseudo-membraneuse, survenir dans le cours de l'éruption. Dechaut avait donc déjà remarqué que

certaines laryngites rubéoliques graves débutant à la fin de la rougeole pouvaient simuler le croup.

En dehors de ces monographies, l'ouvrage classique de Rilliet et Barthez mérite une attention particulière. La question est traitée d'une part à l'occasion même des complications de la rougeole (tome III, page 268), où Rilliet et Barthez décrivent des érosions, des ulcérations et même des fausses membranes. Dans cette partie de leur ouvrage, ils citent un fait très probant de laryngite spasmodique.

Ailleurs (tome I, page 368) ils décrivent dans un même chapitre la laryngite érythémateuse et la laryngite ulcéreuse qu'ils trouvent fréquemment secondaires. La rougeole est, à leurs yeux, le plus souvent la cause productrice des lésions si caractéristiques de cet état morbide ; ils la mettent du moins de beaucoup en première ligne. C'est le même résultat auquel ils arrivent dans l'étude qu'ils font du croup secondaire (tome I, pages 277 et suivantes), si bien qu'on peut dire qu'ils ont reconnu que la rougeole se complique fréquemment de déterminations laryngées de différentes sortes : les unes, où l'on trouve une rougeur et un gonflement diffus de la muqueuse, portent le nom de laryngite érythémateuse ; d'autres, dont l'apparition est plus tardive, sont caractérisées anatomiquement par des érosions et des ulcérations. Enfin les dernières constituent un troisième groupe nettement isolé par ces auteurs des deux premiers sous le nom de diphthérie laryngée secondaire.

Hebra, dans son *Traité des maladies de la peau*, admet deux formes de complications laryngées : une première catarrhale qui prend souvent la forme de faux croup et une seconde, diphthérique.

Nous ne saurions passer sous silence la thèse de doctorat de Blanckaert (Paris, 1868). Cet auteur arrive au même résultat que Rilliet, Barthez et Hebra. Les laryngites, selon lui, sont assez rares en temps ordinaire ; car, dit-il, sur les 167 cas qui ont servi de base à MM. Rilliet et Barthez pour la composition de leur remarquable chapitre sur la rougeole, ces auteurs n'ont observé que 16 laryngites. Les laryngites pseudo-membraneuse et spasmodique ne furent pas rares non plus, car elles se montrèrent dans le cinquième des cas.

De son côté, les 38 observations de rougeole qu'il a recueillies dans le service de M. Roger lui ont donné des résultats sensiblement analogues. Sur 38 cas, il y eut cinq laryngites dont deux graves.

Blanckaert n'a jamais noté ni ulcérations, ni érosions ; les cinq autopsies, dit-il, qui furent pratiquées chez des enfants qui avaient présenté des symptômes très sérieux du côté du larynx, firent toutes constater une injection vive avec tuméfaction de la muqueuse. Il admet toutefois l'existence de la laryngite ulcéreuse. Chez deux sujets, il trouva à l'autopsie des fausses membranes molles, minces, s'élevant par petites concrétions dans un cas, par lambeaux plus larges dans l'autre. Il donne comme caractères cliniques des laryngites rubéoliques graves : une voix promptement éteinte, une toux rauque, rarement des accès de suffocation ; et, lorsque ceux-ci se présentent, ils offrent cette particularité de ne pas survenir à une période avancée de la maladie, consécutivement à une dyspnée de jour en jour croissante comme dans le croup, mais d'une manière irrégulière, au milieu ou dès le commencement, parce que le

plus souvent ils sont dus à une attaque de laryngite spasmodique. Ces cas, d'après lui, peuvent être difficiles à différencier du croup vrai.

Enfin, nous terminerons notre historique par la thèse de Coyne de 1874 (*Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse du larynx et sur l'anatomie pathologique des complications de la rougeole*).

Cet auteur admet trois sortes de complications laryngées : une laryngite catarrhale rendue grave par l'exubérance de l'inflammation ; une laryngite diphthéritique et une laryngite ulcéreuse.

Plus loin (laryngites érythémateuses du début de la rougeole) il s'exprime ainsi : « Cette complication est assez fréquente, et dans un certain nombre de cas, précède manifestement d'autres complications qui sont habituellement plus tardives ; ce que l'on conçoit sans peine, puisque la laryngite érythémateuse grave n'est que l'exagération d'un état ordinaire de la muqueuse laryngée qu'on observe constamment dans la rougeole ; elle peut se présenter sous deux aspects cliniques également graves : le plus fréquent est caractérisé par une toux aboyante, enrouée, discordante ; par de la dyspnée, de la fièvre, le plus souvent très intense et de la douleur au niveau du larynx » (laryngite érythémateuse grave de Rilliet et Barthez). Quant à l'autre forme, Coyne la croit plus rare, en relation avec des conditions étiologiques plus spéciales dues probablement au sexe et à l'âge des malades. Elle prend l'apparence d'une laryngite striduleuse avec cette particularité que la fièvre y est très violente et que lorsque les crises de faux croup ont

disparu, il reste une laryngite catarrhale d'une intensité exceptionnelle.

A propos de la laryngite diphthéritique, il pense qu'elle peut débiter de deux manières : ou bien c'est la première complication laryngée qui attire l'attention, et dans ce cas, elle survient vers le 3^e ou le 4^e jour de l'éruption, et si elle se présente quelquefois plus tard, le 5^e jour est en général le terme extrême. Lorsque des complications laryngées d'une autre nature se sont produites dès le début de l'éruption, ou même avant elle, le développement du croup secondaire est alors assez souvent plus tardif sans que cependant il ait dépassé le 14^e jour.

Plus loin, il établit, d'après Rilliet et Barthez, une certaine différence de nature et de lésions anatomiques entre le croup primitif et le croup secondaire. Dans ce dernier on rencontrerait toujours du côté de la muqueuse des lésions inflammatoires concomitantes et caractérisées surtout par de la rougeur et de la tuméfaction. Les fausses membranes seraient plus minces, moins solides et moins étendues que dans les cas de diphthérie primitive.

Pour ce qui est de la laryngite ulcéreuse, elle est plus tardive encore, dit-il, que la forme diphthéritique, à laquelle d'ailleurs elle peut succéder et avec laquelle on la voit coexister dans un certain nombre de cas. Les lésions de la laryngite ulcéreuse sont variables ; les ulcérations peuvent être très étendues, presque généralisées et alors souvent serpigneuses ; d'autres fois, localisées, elles siègent alors habituellement en arrière, dans le voisinage de l'extrémité postérieure de la corde vocale inférieure et le long du cartilage aryénoïde. Leur forme varie avec leur

siège. Lorsqu'elles sont très superficielles et constituées par de simples érosions, on les trouve sur le bord libre de la corde vocale inférieure ; si elles sont plus profondes, au point de former de petites cavernes anfractueuses, on les trouve dans le voisinage de la base du cartilage aryténoïde et de la lame postérieure du cricoïde.

La thèse de Coyne offre encore un intérêt tout particulier au point de vue anatomique ; car il trouve l'explication de la forme ulcéreuse, de la laryngite rubéolique dans la structure elle-même de la muqueuse laryngée. Il a démontré, en effet, que cette muqueuse est formée dans une couche sous-jacente à l'épithélium par un tissu réticulé analogue au tissu lymphoïde ; par ce fait elle se rapproche de la structure de la muqueuse de l'intestin grêle. Il a encore démontré qu'il existe dans la partie superficielle du derme muqueux des organes lymphatiques analogues aux follicules clos de l'intestin grêle et dont l'existence avait été ignorée jusqu'à ce jour.

Nous croyons aussi intéressant de reproduire le mode du processus dans la laryngite ulcéreuse. Il peut être nécrosif ou suppuratif. La nécrose a pour siège les follicules clos qui, en se tuméfiant, étouffent leurs vaisseaux nourriciers et sont les agents de leur propre mortification par un mécanisme analogue à celui qui préside à l'ulcération des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde ; ce que facilite encore la structure serrée et résistante de la muqueuse ; les ulcérations qui en résultent longent le bord de la corde vocale inférieure. On aurait constaté aussi dans certains cas de la thrombose des vaisseaux voisins avec périartérite et endartérite. Les ulcérations dues au processus suppu-

ratif sont produites par des abcès glandulaires qui détruisent la muqueuse sus-jacente. Installées sur la corde vocale supérieure, au niveau des cartilages aryténoïdes, elles se propagent parfois au périchondre et amènent la nécrose des cartilages. Les muscles sous-muqueux sont fréquemment altérés ; ils offrent les caractères de la myosite interstitielle et parfois ceux de l'atrophie aiguë graisseuse.

Archambault (*Dictionnaire encyclopédique*) connaissait bien d'ailleurs ces cas et dans son remarquable article du dictionnaire, il les distingue anatomiquement et cliniquement de la diphthérie. A l'autopsie, dit-il, on trouve la muqueuse du larynx rouge, tuméfiée, parsemée de petites ulcérations et présentant çà et là de petits grumeaux blancs dans lesquels il est vraiment difficile de reconnaître une fausse membrane. Et plus loin : « Pendant la vie, les symptômes se sont rapprochés de ceux du croup, au point de se confondre avec eux et de faire porter le diagnostic de croup. La voix est devenue éraillée, éteinte, la respiration a été gênée, légèrement sifflante, mais jamais comme cela s'observe dans le croup vrai. Il insiste sur la marche lente de la maladie, sur l'absence d'accès de suffocation. D'après lui, enfin, le tirage est rare, mais la dyspnée peut aller jusqu'à l'asphyxie et l'intervention peut être légitimée.

La conclusion de cet historique est que les différents auteurs que nous avons mentionnés ont signalé et décrit d'une façon parfaite, d'une part, les lésions anatomiques qui accompagnent chaque forme de laryngite, d'autre part, les caractères cliniques de tous les accidents laryngés. Ils ont montré que la rougeole pouvait se compliquer de diphthérie, ils ont entrevu toutes les difficultés du diagnostic dans certains cas de laryngites graves.

CHAPITRE II

Faits cliniques.

Plusieurs des auteurs dont nous avons reproduit les ouvrages au cours de notre historique décrivaient les différentes formes de laryngites d'une façon presque séparée ; quant à nous nous allons tâcher de tracer les caractères cliniques des laryngites à chaque période de la rougeole.

PÉRIODE D'INVASION.

Étudions tout d'abord les accidents de la période d'invasion, la laryngite précoce ou primitive. Anatomiquement, il nous semble que cette laryngite n'est que l'extension à la muqueuse laryngée des phénomènes congestifs que l'on remarque le plus souvent sur les autres muqueuses. Il n'y a qu'une simple rougeur avec hyperhémie et gonflement de la muqueuse. A ce degré la laryngite ne doit pas être appelée une complication ; mais elle entraîne avec elle une modification de la muqueuse qui fait de cette membrane un terrain tout préparé pour diverses formes de laryngites graves qui deviennent alors de vraies complications rubéoliques.

Au point de vue clinique, cette laryngite se traduit par une toux sèche, courte ou prenant déjà un caractère tout particulier de sonorité et de raucité ; elle peut même deve-

nir dans certains cas quinteuse, férine. Quant à la voix, elle est le plus souvent normale, plus rarement enrouée, voilée, quelquefois même éteinte. On voit déjà que la lésion sera très variable selon les sujets. Il n'y a pas ou très peu de dyspnée.

En résumé, ici rien de bien saillant. Cependant chez les enfants impressionnables et prédisposés aux spasmes, il peut se développer des accès de laryngite striduleuse. Mais il n'y a pas à s'occuper des allures bruyantes que la maladie semble affecter, car rien par la suite ne les justifiera. Trousseau avait déjà signalé ces accès. Nous dirons seulement que c'est surtout chez les jeunes enfants, au-dessous de sept ans, que se montre cette laryngite. Elle peut annoncer parfois le début de la maladie; mais elle est assez rare et en relation très probablement avec des conditions étiologiques spéciales, dues d'après Rilliet et Barthez au sexe et à l'âge des petits malades. Après quelques instants d'angoisses, dit Trousseau, plus terribles peut-être pour le cœur d'une mère que compromettantes pour la vie de l'enfant, les accidents se calment seuls.

Quelquefois, cependant, on constate des accès répétés, caractérisés par une oppression formidable, accompagnée de toux rauque et d'inspiration sifflante; en un mot les symptômes de la laryngite striduleuse. Or, on pourrait très bien la confondre avec cette dernière maladie, surtout lorsqu'elle apparaît avant l'éruption, ce qui est le cas le plus fréquent. Il y a cependant des signes qui feront distinguer la laryngite grave dont nous nous occupons du faux croup. Et d'abord, dans le faux croup, les accès surviennent brusquement, sans être précédés de fièvre et de

phénomènes du côté des voies respiratoires ; dans notre laryngite, au contraire, il y a eu avant l'accès de la fièvre, de la toux, souvent tous les phénomènes d'invasion de la rougeole. La rémission n'est pas complète après l'accès, tandis qu'elle l'est entièrement dans la laryngite striduleuse. Dans cette dernière, les accès sont peu fréquents et se montrent le plus souvent pendant la nuit ; dans la laryngite érythémateuse, ils se développent indifféremment le jour et la nuit et sont toujours plus fréquents. La laryngite dont nous venons de parler est en quelque sorte une forme plus grave de la laryngite dont parlent Rilliet, Barthez et Trousseau.

Comme nous venons de le dire, ces accidents ouvrent quelquefois la scène, plus souvent ils éclatent vers le deuxième ou le troisième jour et précèdent l'éruption de 24 à 48 heures. Quelquefois encore, la toux rauque, sans accès de suffocation, peut être le seul prodrome de la période d'invasion. M. Moynier cite un cas dans lequel une toux férine, incessante, croupale fut pendant huit jours le seul phénomène précurseur.

Dans un autre fait, une hystérique eut pendant 72 heures une toux purement hystérique ; le lendemain la fièvre survint, puis l'éruption qui dura 4 jours ; à ce moment la toux reprit, mais fut exclusivement catarrhale.

Citons encore le fait suivant. Chez une fille qui avait eu la coqueluche un an auparavant, la toux des prodromes prit le caractère quinteux et sifflant propre à la coqueluche.

Quoi qu'il en soit de ces manifestations laryngées prodromiques, elles sont très fréquentes, si fréquentes même, dirons-nous, que lorsqu'en temps d'épidémie un enfant

présente du catarrhe conjonctival, de la fièvre à type irrégulier, de la toux avec un peu de raucité de la voix, de la toux férine surtout, on est autorisé sans crainte d'erreur à annoncer l'apparition prochaine d'une éruption rubéolique. Mais, en temps ordinaire, en présence d'un petit malade qui a contracté la rougeole sans épidémie régnante, le diagnostic de la rougeole est souvent difficile. S'agit-il d'un simple coryza, d'une grippe, de laryngite striduleuse, les caractères différentiels que nous avons indiqués plus haut permettront le plus souvent d'asseoir son diagnostic.

PÉRIODE D'ÉRUPTION.

A cette période, c'est la laryngite du début qui persiste ou bien c'est l'énanthème rubéolique qui frappe la muqueuse.

L'éruption apparaît. C'est à partir de ce moment que déjà peuvent se montrer des symptômes spéciaux qui doivent attirer l'attention du côté du larynx et qui sont les avant-coureurs d'accidents plus graves, de sorte que ceux-ci, lorsqu'ils surviennent, ne doivent pas être considérés comme l'expression d'une complication subite et inattendue, mais bien comme l'aboutissant de lésions qui évoluent dès la période d'éruption et dont le terme ultime est la laryngite avec suffocation et menaces d'asphyxie.

A cette époque, les accès de laryngite spasmodique que nous avons signalés disparaissent ; du moins c'est la règle, à part un cas signalé par Rilliet et Barthez. Mais, par contre, c'est l'époque de la laryngite érythémateuse, de l'énanthème rubéolique sur la muqueuse.

Ici se pose cette question : l'éruption descend-elle frapper la muqueuse laryngée ? Écoutons ce que disent les différents auteurs.

En Allemagne, Stoffela a examiné un certain nombre de malades dans le service du professeur Hebra. La question à laquelle il fallait répondre était celle-ci : la lésion du larynx offre-t-elle la forme de taches, comme sur la peau, ou bien la forme d'une rougeur diffuse avec gonflement ? Y avait-il un catarrhe ou un enanthème du larynx ? Stoffela a constamment trouvé une rougeur diffuse intense de la muqueuse laryngée, tandis que les rubans vocaux présentaient seulement une coloration jaunâtre ou jaune rougeâtre.

Smeleder (*La laryngoscopie et ses applications à la médecine pratique*, Vienne, 1863), Tobold (*Traité de laryngoscopie*, Berlin 1863) arrivent à la même conclusion que Stoffela. Ils n'ont pu également constater par des examens nombreux autre chose qu'une inflammation catarrhale caractérisée par de la rougeur et du gonflement de la muqueuse.

Mais, d'autre part, on sait que Gerhardt attribue les symptômes laryngés de la période d'état à une localisation de l'éruption ; et il a pu, au moyen du laryngoscope, constater la présence de l'éruption sur l'épiglotte et la muqueuse laryngée. Cette éruption était identique à celle que l'on constate sur le voile du palais, c'est-à-dire caractérisée par un piqueté rouge. Il est même probable que ce fait ne doit pas être rare ; car, étant donné que l'on se contente, la plupart du temps, du simple examen de la gorge au moyen de l'abaisse-langue ou du manche de la cuiller, il est tout

naturel s'il est peu parlé de cette localisation dans les différents traités.

Quels sont donc les caractères cliniques de la laryngite à cette époque ?

La toux continue ou commence si elle avait manqué pendant les prodromes. Cette toux est devenue bruyante, souvent elle est douloureuse ; elle prend un timbre caractéristique à la fois faux, aigu et déchiré ; elle est fêrine en un mot (fauve). De plus, au moment où l'éruption est à son déclin, elle s'accompagne chez les adultes et chez les enfants d'un certain âge de crachats muco-purulents, nummulaires, analogues à ceux des phthisiques ; il est à se demander si cette expectoration n'est pas souvent entretenue par des ulcères laryngés précoces ; car, il n'est pas rare, en pareil cas, de les voir mélangés à des stries de sang.

Quand cette laryngite érythémateuse prend une certaine gravité, l'enfant éprouve au niveau du larynx une douleur intense et porte fréquemment les mains à son cou. La toux est sèche, retentissante, revenant quelquefois par quintes pénibles ; la voix est rauque, discordante, mais presque toujours forte. A ces phénomènes peut s'ajouter de la dyspnée, d'abord légère, mais s'accroissant rapidement.

Quant aux accès de suffocation, ils sont rares à cette période, et comme ils semblent l'être en règle générale dans tout croup inflammatoire (Cadet de Gassicourt) ; ils doivent être imputés à un spasme passager de la glotte, lequel vient de temps en temps précéder les accidents. D'ailleurs les laryngologistes savent fort bien qu'une inflammation subite de la muqueuse laryngée est suffisante pour produire des accidents de suffocation.

PÉRIODE DE DESQUAMATION. — CONVALESCENCE.

Nous avons affaire maintenant aux laryngites tardives. Les lésions, comme nous le verrons, commencent bien pendant la période d'éruption ; mais comme elles sont plus profondes, elles demandent plus de temps pour évoluer, de sorte que, si anatomiquement cette forme de laryngite est pour ainsi dire à cheval sur la période d'éruption et la période de desquamation, cliniquement elle appartient plutôt à celle-ci. C'est cette forme, quand elle devient grave, qu'il importe de distinguer de la laryngite diphthérique que nous passerons sous silence ou du moins dont nous ne dirons que quelques mots quand nous traiterons du diagnostic différentiel entre le croup et la laryngite grave.

Nous allons reproduire maintenant quelques observations de différents auteurs qui nous semblent indispensables pour montrer combien dans certains cas le diagnostic différentiel est difficile, pour ne pas dire impossible. Nous allons également reproduire les deux observations que nous avons recueillies à l'hôpital Trousseau.

OBSERVATION I. — (Recueillie dans la thèse de doctorat par
EDOUARD BLANCKAERT de 1868.)

*Rougeole compliquée de broncho-pneumonie surtout gauche,
le 3^e jour, de croup le 6^e. — Mort. — Autopsie.*

La nommée P.... Joséphine, âgée de 3 ans, entre le 5 mars à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Roger, pour un rachitisme très prononcé. Chapelet costal, gros ventre, courbure des os des membres inférieurs. Elle était soignée pour cette

maladie, lorsque le 18 mars, à la visite, on constate une quinte de coqueluche et une éruption de rougeole, caractérisée par de très petites taches assez pâles et marquées surtout à la figure où néanmoins elles existent par places. On en trouve quelques-unes encore aux avant-bras et aux cuisses, aucune ailleurs.

Le 19 mars, l'éruption est partout bien sortie et d'une bonne couleur, avec bouffissure de la face, gonflement des yeux et larmoiement. L'enfant paraît très abattue ; on trouve quelques râles muqueux dans la poitrine.

Le 20, l'éruption commence à pâlir et la petite malade, beaucoup moins abattue, semble plus à l'aise. Les quintes de toux sont celles d'une coqueluche commençante.

Le 21, il y a une aggravation évidente : l'enfant est retombée dans un grand abattement. La dyspnée est notable ; la respiration accélérée (52 inspirations par minute). A l'auscultation on entend en arrière, dans les deux poumons, des râles sous-crépitaux gros, mêlés de râles sous-crépitaux fins, surtout inspiratoires et plus abondants du côté gauche où il y a aussi du souffle. Il n'y a pas de souffle à droite. Le pouls bat 160 fois par minute. Depuis hier, il est survenu une diarrhée verte, abondante, mais sans chaleur, ni douleur du ventre. L'éruption a disparu de la face qui est très pâle ; ailleurs elle ne laisse que des maculations cuivrées, excepté au ventre et aux cuisses où quelques taches sont devenues ecchymotiques.

Le 22, l'état est à peu près le même qu'hier. L'enfant, toujours très abattue, sommeille constamment. Les quintes de coqueluche qui ne furent jamais ni intenses, ni nombreuses ont diminué de fréquence ; même état de la poitrine. On remarque l'injection vive de la pommette droite.

Le 23, il y a une aggravation considérable ; la petite malade très affaiblie, est couchée, immobile et paraît accablée. Le pouls,

petit, bat 150 fois par minute. La peau est sèche et brûlante (température rectale 41°).

Ce matin on constate pour la première fois l'existence d'une toux rauque, sourde, assez fréquente quand l'enfant est éveillée, mais non quinteuse. Si l'on comprime le larynx, la petite malade contracte ses traits, ouvre la bouche, comme si elle voulait crier, mais aucun son ne se produit : la voix est éteinte. En examinant la gorge on trouve un peu de rougeur aux piliers et à la luette. — La respiration est tout à fait abdominale, mais ne s'accompagne que d'un tirage peu marqué : 48 inspirations par minute. A l'auscultation on entend des râles sous-crépitaux gros et fins, mais beaucoup moins abondants à droite qu'à gauche, où il y a aussi du souffle dans les fortes inspirations ; ces râles sont plus marqués à la base. — Il ne reste plus de l'éruption de rougeole que des maculations cuivrées au ventre et aux cuisses, et dans ces régions, les taches ecchymotiques dont nous avons parlé plus haut ont beaucoup pâli, quoiqu'elles soient encore apparentes.

Le 24, l'enfant est morte ce matin avant la visite, sans avoir eu d'accès de suffocation ni rien présenté de particulier ; elle s'est comme éteinte.

AUTOPSIE. — Vingt-quatre heures après la mort.

Larynx. — On trouve des fausses membranes blanchâtres, très molles, exiguës, très peu adhérentes. Elles tapissent la muqueuse laryngée, surtout à la face supérieure de l'épiglotte, au niveau des replis aryéno-épiglottiques et des ventricules qu'elles effacent, de la partie inférieure du larynx et des premiers anneaux de la trachée, où elles sont plus étendues et s'enlèvent par lambeaux plus larges.

La muqueuse est le siège d'une tuméfaction considérable et d'une vive injection, surtout dans les points occupés par les pseudo-membranes. Les replis aryéno-épiglottiques et les cordes vocales, les supérieures surtout, sont très épaissies. Dans le reste

de la trachée et dans les bronches, on constate simplement la rougeur beaucoup moindre de la muqueuse, sans tuméfaction, ni perte de substance.

Poumons. — A l'extérieur, les deux lobes supérieurs et le lobe inférieur du poumon droit offrent une teinte pâle, décolorée, sur laquelle tranchent quelques plaques bleuâtres, ardoisées ; le lobe inférieur du poumon gauche est d'une couleur rouge, foncée, uniforme sur sa face postérieure. Le lobe supérieur du poumon droit contient dans son épaisseur et en arrière, un noyau d'hépatisation rouge et le lobe inférieur des noyaux disséminés ; les deux crépitent encore par places.

Dans le lobe inférieur du poumon gauche, broncho-pneumonie lobulaire au deuxième degré, généralisée, des trois quarts inférieurs en arrière ; dans une épaisseur notable et à ce niveau il n'y a plus de crépitation. Il existe un emphysème assez considérable des bords libres des poumons, surtout des lobes supérieurs et en avant.

OBSERVATION II. — (Empruntée dans la thèse de doctorat de 1868 par BLANCKAERT.)

Rougeole compliquée de laryngite grave, de pleurésie double, mais surtout gauche, de broncho-pneumonie gauche. — Mort.

L... François, âgé de deux ans et demi, entre le 11 février à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Roger. Il était très rachitique et avait de la diarrhée. On le soignait pour ces deux maladies, lorsque le 1^{er} mars apparut une rougeole qui ne fut bien apparente que le lendemain et fut très bien caractérisée. Le 3 mars, au soir, la fièvre restant très intense, alors qu'elle aurait dû diminuer, le petit malade est pris d'une toux très rauque, sourde, incessante, quoique la gorge n'offre ni fausses membranes, ni rougeur.

Le 4, tous ces symptômes restant les mêmes, surviennent dans l'après-midi plusieurs accès de suffocation, et deux le soir. On prescrit un vomitif qui ne produit aucun effet.

Le 5, l'état s'aggrave ; l'enfant, très abattu, a pâli beaucoup. Le pouls bat 164 ; la température rectale est de 39°, la respiration est de 44. Il n'y a pas d'accès de suffocation. La toux, avec les caractères indiqués précédemment, est moins fréquente et la voix éteinte ; l'inspiration est gênée, bruyante, mais sans sifflement laryngo-trachéal. A l'auscultation, on n'entend pas le murmure vésiculaire, qui est couvert par les bruits laryngiens. La respiration est abdominale et s'accompagne de tirage.

Le 6, le petit malade ne tousse plus que par intervalles assez éloignés ; mais la figure prend une teinte ecchymotique et l'abattement ne fait qu'augmenter. La dyspnée s'est encore accrue, et s'accompagne d'une respiration abdominale avec tirage comme hier. Pouls 152 ; 44 inspirations. La chaleur a diminué ; même état ailleurs.

Le 7, l'aggravation continue manifestement : la voix est toujours éteinte, la cyanose se prononce davantage à la figure et aux extrémités. L'enfant respire la bouche ouverte et souffre d'une dyspnée à chaque instant croissante, dénotée par l'anxiété et le caractère de la respiration qui est abdominale et s'accompagne de tirage plus accusé aujourd'hui qu'hier.

La toux de plus en plus rare présente les mêmes caractères, mais plus voilés, et l'on entend à distance le bruit que fait l'air en traversant le larynx. La soif est vive. Le pouls bat 142, la température des extrémités s'abaisse.

Le 8, le petit malade est mort le matin à une heure.

AUTOPSIE. — Le lendemain, trente heures après la mort.

Larynx. — La face inférieure de l'épiglotte est le siège d'une injection très vive qui tranche avec la pâleur du reste de la muqueuse laryngée, d'ailleurs ferme et épaissie. Cet épaississement

est très marqué aux cordes vocales qui semblent comme hypertrophiées. Sur la muqueuse de la trachée, il existe de nombreuses ecchymoses très apparentes.

Plèvres. — Pleurésie des deux côtés ; à droite, au sommet et avec adhérence et injection ; les deux lobes sont réunis par des fausses membranes qui empêchent de les séparer ; à gauche, dans toute l'étendue, et il y a à la fois des adhérences plus nombreuses, plus fermes, et une injection plus vive. Pas de liquide.

Poumons. — Teinte ardoisée de tout le lobe inférieur du poumon gauche, qui est le siège, surtout à la base, d'une forte congestion et d'une broncho-pneumonie lobulaire, généralisée au deuxième degré. On trouve les mêmes lésions à la languette (pneumonie marginale). Le lobe supérieur gauche et le poumon droit tout entier sont simplement congestionnés.

Analysons un peu le contenu de ces deux observations et voyons si les symptômes qui se sont montrés étaient assez nets pour dire qu'il s'agissait dans le premier cas d'une laryngite pseudo-membraneuse et dans le second d'une laryngite rubéolique grave. Retraçons pour cela les caractères principaux d'une laryngite pseudo-membraneuse secondaire.

Tout d'abord, on peut dire que le croup secondaire de la rougeole est assez fréquent, plus fréquent que celui de la scarlatine. Aussi Trousseau avait-il raison de dire que « la scarlatine n'aime pas le larynx » bien que la diphthérie ne soit pas rare chez les scarlatineux.

La toux est le premier indice ; petite et légère au début, elle ne tarde pas à revenir par quintes très courtes ; les jours suivants elle prend un timbre sourd et voilé et s'éteint complètement comme la voix. A mesure que le croup fait des

progrès, la toux est moins fréquente, et les quintes ne reviennent que tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures et même à intervalles plus éloignés, nous dit Trousseau. Quant à la voix, d'abord enrouée, puis rauque, elle finit les jours suivants par s'éteindre ; c'est l'aphonie complète.

Du côté de la poitrine, la dyspnée va croissant en même temps que l'orifice glottique se rétrécit ; l'inspiration se change en un sifflement strident et prolongé. En même temps se montre le phénomène appelé tirage au niveau du creux épigastrique et de la fossette sus-sternale. Dans le cours de cette dyspnée progressive, surviennent des accès de suffocation de plus en plus rapprochés.

La face bouffie, violacée, les yeux hagards et brillants expriment l'anxiété la plus pénible ; enfin l'agonie commence, sans qu'il y ait eu, à partir de ce moment, autant d'accès de suffocation qu'auraient pu le faire prévoir ceux qui ont lieu jusque-là (Trousseau).

A l'auscultation, on n'entend que le retentissement du sifflement laryngé ; l'expiration est lente et même plus prolongée que l'inspiration.

L'expectoration est souvent caractéristique ; les malades rejettent des lambeaux membraneux vers le quatrième jour. J. Simon dit que le rejet des fausses membranes s'observe dans la moitié des cas.

Si nous ajoutons que la fièvre oscille entre 38 et 39 degrés, qu'il y a fréquemment de l'albuminurie, de l'engorgement ganglionnaire (Sée, Barbosa), quelquefois des éruptions multiples (G. Sée), que chez l'adulte les caractères cliniques sont à peu près les mêmes, si ce n'est que la dys-

pnée est plus lente, qu'il n'y a pas habituellement de sifflement laryngo-trachéal et d'accès de suffocation, la description du croup sera à peu près complète, en tenant compte toutefois des exceptions si nombreuses qui peuvent se présenter, surtout au cours d'une épidémie.

Reproduisons en quelques lignes les phénomènes laryngés des deux observations de Blanckaert. Dans la première, la toux était rauque, sourde, assez fréquente, mais non quinteuse ; il n'y avait du côté de la gorge qu'un peu de rougeur, la respiration était abdominale, mais accompagnée de peu de tirage. Il n'y eut pas d'accès de suffocation. A l'autopsie, on trouva des fausses membranes.

Dans la seconde, la toux était très rauque, sourde, incessante le premier jour ; le second il y eut des accès de suffocation assez répétés. Le troisième, la toux devient moins fréquente, très rauque, sourde, la voix est éteinte ; il n'y a pas d'accès, mais une respiration abdominale, du tirage très net ; la figure devient ecchymotique, la dyspnée est très prononcée ; il y a même le quatrième jour un bruit laryngo-trachéal.

A l'autopsie, on trouve la muqueuse simplement épaissie et gonflée.

Comparons maintenant ces symptômes avec ceux d'une laryngite pseudo-membraneuse. Eh bien les symptômes, la marche, tous les caractères des deux maladies observées par Blanckaert nous paraissent insuffisants pour établir le diagnostic différentiel ; bien plus ces symptômes n'indiquent-ils pas plutôt le croup chez le petit garçon atteint de laryngite et une laryngite chez la petite fille qui a succombé au croup.

Il serait, à notre avis, difficile de dire qu'ici l'enfant soit mort de sa laryngite rubéolique (observation II), les lésions pulmonaires et pleurales trouvées à l'autopsie étaient très suffisantes pour expliquer et déterminer la terminaison fatale. Cependant nous nous croyons autorisé dans le cas présent à faire remarquer que la laryngite a bien pu contribuer à la mort ; de plus les symptômes qui se présentaient, le tirage, la voix éteinte, n'auraient-ils pas suffi à faire porter le diagnostic de croup d'emblée à un praticien qui n'aurait pas été prévenu.

Poursuivons notre analyse encore plus loin ; on pourrait objecter que, dans le second cas, les accès de suffocation ne se sont présentés qu'un seul jour et ne se sont pas répétés ; mais nous pouvons répondre qu'il n'est pas très rare de rencontrer des cas où une laryngite spasmodique vient compliquer le début d'un croup qui parcourt ensuite ses périodes et se termine sans s'accompagner d'accès de suffocation. Dans la même observation n° II, on pourrait également objecter que l'affaiblissement du murmure vésiculaire était en rapport avec la présence de la pleurésie ; mais n'est-il pas plus logique d'expliquer cet affaiblissement de la respiration par les lésions trouvées à l'autopsie, l'épaississement et le gonflement de la muqueuse, principalement au niveau des cordes vocales.

Que reste-t-il donc pour asseoir le diagnostic ? C'est ce que nous tâcherons de montrer à la fin de ce chapitre quand nous aurons analysé de nouveaux cas.

OBSERVATION III. — (Recueillie dans la *Revue des maladies des enfants* de 1886.)

Le jeune W... Joseph, âgé de 4 ans et demi, entre le 22 août 1885, à l'hôpital des Enfants malades, salle St-Augustin, lit n° 10. Ce garçon a eu, dans les jours qui ont précédé son admission, une rougeole d'allure normale. Vers le déclin, on remarque que la toux, loin de diminuer, prend de plus en plus d'intensité, que la respiration est gênée et il arrive à l'hôpital avec l'étiquette de croup d'emblée.

Cependant, malgré ses symptômes, l'examen de la gorge restant négatif, les caractères de la toux et de la respiration, qui ne sont pas absolument caractéristiques, tout cet ensemble clinique fait que l'enfant, au lieu d'être envoyé aux pavillons d'isolement, est placé dans la salle ordinaire en observation. Le soir de son entrée, on se trouve en présence d'un enfant d'assez bon aspect, malgré la fièvre éruptive dont il garde encore des traces sur la peau. Ce qui frappe tout d'abord, c'est une toux rauque, à caractère déchirant, et une respiration dont le stade inspiratoire est légèrement sifflant ; l'expiration est libre.

L'examen de la gorge est négatif, à part un peu de rougeur du pharynx, rougeur qui se prolonge vers l'orifice du larynx, ainsi qu'on peut le constater en abaissant fortement la base de la langue. Cette manœuvre, qui révolte un peu l'enfant, est suivie d'une inspiration que sa profondeur et sa violence rendent plus bruyante que les autres.

La voix est éteinte. Il n'y a nulle part traces de fausses membranes, il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire ou cervicale, pas d'albumine dans les urines.

On constate en plus l'existence d'une stomatite assez intense. La muqueuse buccale est rouge vif. Sur les bords et à la pointe de la langue existent des ulcérations de la grosseur d'une très

petite lentille, ovalaires ou arrondies, recouvertes d'une légère fausse membrane grisâtre. Tout autour les papilles linguales sont érigées. On trouve deux ou trois ulcérations semblables à la face interne des lèvres.

L'état général est satisfaisant, le petit malade mange avec appétit. La déglutition est normale. Il y a peu de fièvre et l'examen des poumons ne révèle rien autre chose que le retentissement du bruit inspiratoire. Le traitement consiste en un vomitif, répété les jours suivants et à base d'ipéca, et un collutoire au chlorate de potasse pour badigeonner la muqueuse buccale.

Légères modifications dans les jours qui suivent. La stomatite s'améliore et les symptômes laryngés, au contraire, tout en conservant les caractères du début, s'aggravent plutôt.

Le 26 mars; les ulcérations labiales ont disparu; la muqueuse est cicatrisée. Celles de la langue se sont détergées et à leur place on trouve des ulcérations à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, reposant sur un fond rose et bourgeonnant, et occupant en profondeur la presque totalité de l'épaisseur de la muqueuse. L'examen de la gorge donne les mêmes résultats qu'au début. Par contre, la toux est de plus en plus violente, bruyante et d'un timbre éraillé très désagréable à entendre. La gêne respiratoire a augmenté, l'inspiration est longue et bruyante. L'examen fait profondément montre une rougeur interne de l'orifice laryngé; rien de plus. Les replis aryténo-épiglottiques ne sont ni gonflés, ni indurés. L'enfant a d'ailleurs bonne mine, il joue sur son lit.

Le 27, un léger tirage sus et sous-sternal qu'on avait remarqué hier s'est un peu accentué ce matin. Pas d'accès de suffocation. Il y a un peu de gêne pendant la déglutition qui semble douloureuse.

Le 28, l'état reste stationnaire; le tirage s'est maintenu, mais

la mère de l'enfant qui a entendu parler d'opération l'emporte hors de l'hôpital et nous ne l'avons pas revu.

Ici, le diagnostic différentiel est très facile. Cette observation nous permettra de donner quelques-uns des caractères des laryngites rubéoliques graves. Ici, en effet, la toux était fréquente, incessante, à timbre bruyant, désagréable, difficile à décrire pour celui qui ne l'a pas entendue. La marche des accidents fut lente, il n'y eut pas d'accès de suffocation, l'expiration était intégrale à un moment où la sténose laryngée était assez marquée pour produire du tirage ; la présence d'une stomatite aphtheuse était très importante, d'autant plus qu'on n'aurait pu songer un seul instant à la stomatite diphthéritique qui est très rare ; de plus le siège et l'aspect des lésions, leur marche, leur terminaison par ulcérations à pic, tout excluait l'idée de diphthérie.

OBSERVATION IV.

Elle est de M. le docteur Cadier. Il s'agit d'un enfant de huit ans, chez lequel à la fin d'une rougeole, alors que l'éruption a disparu, se développent des accidents laryngés qui font porter au médecin traitant le diagnostic de croup d'emblée.

M. le docteur Cadier est appelé pour pratiquer la trachéotomie ; mais ce qui le frappe c'est l'existence d'une toux stridente, presque aboyante, différant absolument de celle du croup.

La respiration est sifflante, la dyspnée est assez marquée.

L'examen de la gorge est négatif : ni fausses membranes, ni ulcérations. En présence de ces signes et avant toute intervention sanglante, M. le Dr Cadier croit devoir faire l'examen du larynx, et voici ce qu'il trouve : absence de fausses membranes, une rougeur généralisée.

De petites ulcérations arrondies siègent sur les éminences ary-ténoïdes, sur les bandes ventriculaires, sur l'épiglotte et sur la

commissure postérieure (espace inter-aryténoïdien). L'opération fut retardée, des frictions au-devant du larynx, des inhalations d'oxygène sont seules employées.

Le malade guérit.

L'observation est ici des plus probantes ; l'examen laryngoscopique démontra dans ce cas diagnostiqué croup d'emblée l'absence absolue de fausses membranes. Les symptômes qui se montrèrent chez ce dernier malade nous serviront plus loin à déterminer les caractères cliniques et différentiels des laryngites graves rubéoliques.

OBSERVATION V. — (Observation personnelle recueillie dans le service de M. le docteur MOIZART, médecin de l'hôpital Trousseau.)

Laryngite secondaire à la rougeole. — Difficulté de diagnostic avec le croup d'emblée.

Pr... Louis, âgé de 3 ans, entre le 2 février à l'hôpital, salle d'Alègre, service de la rougeole, lit n° 1.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents morbides héréditaires ou personnels.

Les premiers symptômes de la rougeole : état fébrile, catarrhe oculo-nasal, laryngo-trachéite, sont apparus il y a 6 jours ; l'enfant n'a pas de diarrhée. Il éprouve du malaise depuis une huitaine de jours.

Hier, 4^{er} février, dans l'après-midi, ont été reconnus les premiers vestiges d'éruption de la rougeole.

Le 3 février, jour du premier examen, l'éruption est à son apogée. L'enanthème pharyngé persiste encore ; les deux côtés de la poitrine sont sonores, mais remplis de râles ronflants et sibilants,

mêlés de quelques râles sous-crépitaunts diffus sans localisation spéciale.

Jusqu'au 5 février, la rougeole suit son cours normal et à cette date l'éruption est complètement effacée. La fièvre qui le second jour de l'éruption est montée le soir à 39°5, le troisième à 38°8, le quatrième à 39°4, est tombée le 5 février à 37°6 le matin et 38°2 le soir. Il faut ajouter que c'est la température rectale.

L'enfant est très bien portant et paraît guéri. Le 6 février, une élévation brusque de la température appelle l'attention ; le matin elle marque 37°8 et le soir 40°. Jusqu'à ce jour l'enfant n'a présenté rien de particulier du côté du larynx ; mais le 7 février la toux est devenue fréquente, légèrement quinteuse. L'examen physique ne décèle aucune trace de broncho-pneumonie, mais seulement des rhonchus de bronchite, une toux rauque, un peu éteinte, qui fait porter le diagnostic de laryngite.

Le 8 les symptômes de la veille, toux rauque, fréquente, légèrement quinteuse, dyspnée, signes physiques, persistant avec les mêmes caractères, le diagnostic de laryngite simple secondaire à la rougeole est maintenu, toutefois avec réserve à l'égard de la diphtérie. Aussi, par mesure de prudence, l'enfant est relégué dans la salle réservée aux douteux.

Le 9, la fièvre est tombée progressivement à 37° et quelques dixièmes ; néanmoins les symptômes de la laryngite se sont peu atténués. La dyspnée, quoique très légère, persiste toujours ; la toux est encore fréquente et rauque ; il existe même un peu de tirage sus et sous-sternal ; quant à la voix, au point de vue de l'intensité comme du timbre, elle est peu altérée.

Cet état se maintient jusqu'au 12 février. Ce jour, la température marque le matin 37° et le soir s'élève à 39°, sans modification appréciable des symptômes thoraciques et laryngés. Mais, au milieu de la nuit éclate un accès de suffocation de quelques minutes, assez intense pour redouter l'asphyxie.

Le 13, au matin, le calme s'est rétabli ; mais il subsiste encore un peu de tirage sus-ternal. Ce jour la température marque 38° et 38°2 ; l'auscultation ne révèle, malgré la dyspnée de l'enfant, que quelques râles de bronchite et l'égalité du murmure respiratoire dans les deux moitiés de la poitrine.

Aujourd'hui, comme à tous les examens antérieurs, il est impossible de découvrir la moindre apparence de lésions pharyngées. Le 14 février, tout est rentré dans un ordre à peu près normal ; la dyspnée a disparu ; la toux est beaucoup moins rauque et a recouvré ses caractères normaux.

Le 15, la température monte brusquement le matin à 39°5 ; les symptômes de bronchite qui se sont aggravés rendent compte jusqu'à un certain point de l'élévation de la température. Par contre, il ne s'est produit aucune recrudescence du côté des manifestations laryngées. La toux et la voix ne conservent plus qu'une légère raucité nullement comparable à celle des jours précédents.

Le 16, la température retombe à 37° ; le 17 il y a une nouvelle élévation thermique jusqu'à 40° qui ne trouve son explication dans aucun des organes. Le lendemain la température revient à la normale jusqu'au 25, jour où l'enfant quitte l'hôpital entièrement guéri.

OBSERVATION VI. — (Personnelle, recueillie dans le service de M. le Docteur MOIZART, à l'hôpital Trousseau.)

Laryngite secondaire à la rougeole accompagnée d'une stomatite à streptocoques. Grandes difficultés de diagnostic avec le croup d'emblée.

Mor.... Maurice, âgé de 4 ans, entre à l'hôpital, le 24 janvier 1892, salle d'Alègre, service de la rougeole, lit n° 15.

L'enfant entre pour une rougeole en pleine période d'éruption qui date de la veille. A dater du 27 janvier, l'enfant présente des

symptômes de broncho-pneumonie qui sont presque disparus le 1^{er} février au moment où M. le docteur Moizart prend possession du service de la rougeole.

La température qui le 24 et le 25 est voisine de 40° tombe le 26 à 38°8. Le 27, elle redevient voisine de 40° et descend peu à peu jusqu'au 6 février où elle est de 38°2, le soir.

Le 3 *février*, apparaît une laryngite légère, la toux et la voix sont légèrement rauques.

Le 5, dans la nuit du 4 au 5, l'enfant est saisi brusquement d'un violent accès de suffocation.

Le lendemain matin, on constate que les symptômes de la laryngite se sont notablement aggravés. La toux et la voix sont devenues beaucoup plus rauques, mais on ne relève aucun symptôme pulmonaire ou pharyngé.

Le 7, il y a persistance de la laryngite avec les mêmes caractères ; aussi par crainte du croup le petit malade est-il isolé dans une salle spéciale. La température à ce moment est de 38°, il en est de même le 8 et le 9 où l'examen de la gorge demeure négatif.

Le 10, la température, qui le matin marque 37°2, monte le soir à 40° ; un nouvel accès de suffocation se montre la nuit ; le matin la voix est éteinte, la toux rauque et diminuée d'intensité ; l'on constate pour la première fois un léger tirage sus et sous-sternal.

Le 12, il n'y a pas d'accès de suffocation ; il y a persistance des symptômes observés la veille, y compris le tirage. Néanmoins il est impossible de dépister la moindre trace d'angine ou la plus légère modification dans le bruit respiratoire. Le murmure vésiculaire est bien en partie couvert par les bruits laryngés ; mais il est facile de s'assurer que l'air pénètre librement et également dans les deux côtés de la poitrine.

Le 13, il n'y a pas de modification dans l'état laryngé ; il persiste toujours un peu de tirage. En outre, sont apparues sur la

lèvre inférieure deux plaques de stomatite aphtheuse de l'étendue d'une pièce de vingt centimes recouvertes l'une et l'autre d'une fausse membrane blanchâtre et très adhérente.

Traitement. — On fait des attouchements 3 fois par jour avec la solution phéniquée au 40°, un pansement à la vaseline boriquée.

Le 15, les deux plaques de stomatite doublées presque de surface sont devenues confluentes. L'examen bactériologique fait par l'interne du service et associé aux cultures sur sérum et gélatine établit l'absence du bacille de Klebs-Löfflers dans les fausses membranes des lèvres et la pullulation abondante du streptococcus albus.

Le 16, la voix et la toux tendent à recouvrer leur timbre normal, le tirage n'existe plus. Les plaques de stomatite complètement détergées entrent en voie de cicatrisation.

Le 18, il reste encore un peu de raucité de la voix ; la cicatrisation est à peu près achevée au niveau des plaques de stomatite.

Le 19, la température a 39°8 ; un adéno-phlegmon sous-maxillaire se développe du côté gauche ; l'infection ganglionnaire reconnaît évidemment pour porte d'entrée une des ulcérations de la stomatite.

Le 21, à la visite, on incise l'adéno-phlegmon ; on fait un drainage et un pansement au salol.

Le 25, les symptômes laryngés ont complètement disparu ; on fait le pansement de l'adéno-phlegmon et on supprime le drain.

Le 29, second pansement. La température depuis le 19 a oscillé entre 37° et 38°.

Le 3 mars, la guérison de l'adéno-phlegmon est complète ; par contre la voix n'a pas encore recouvré complètement son timbre normal.

Le 5, apparaît une plaque blanche de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes sur l'amygdale droite. On cautérise 3 fois par suite avec la solution phéniquée de M. Gaucher.

Le 6, la fausse membrane s'est reproduite sur l'amygdale gauche.

Le 7, des cultures faites sur sérum mettent en évidence la présence du bacille de Klebs dans la fausse membrane. En recherchant la cause de la contagion, on reconnaît que le petit malade a été pendant deux jours voisin d'un enfant atteint de stomatite diphthérique. L'enfant passe au pavillon de la diphthérie.

Le 12, il meurt de broncho-pneumonie ; les deux derniers jours de l'existence le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx avaient été envahis par les fausses membranes.

Ces deux observations vont nous servir ainsi que la précédente dans la description clinique des symptômes qui caractérisent les laryngites secondaires.

Dans la *Gazette des hôpitaux* on trouve décrits deux cas observés par M. Bourdon ; l'un, tout récemment, dit-il, sur un enfant de 18 mois, dans son service à la Charité ; l'autre observé il y a longtemps chez un enfant de 3 ans qu'il voyait en consultation avec M. Blache.

Chez le premier sujet, les accès de suffocation se firent remarquer durant la convalescence. Ils étaient caractérisés par une toux rauque, une voix éteinte comme dans le croup ; ils se multiplièrent durant deux jours, devinrent de plus en plus intenses ; car, nous dit M. Bourdon, l'enfant étouffé, violet, sans connaissance, paraissait tout à fait sur le point de mourir quand on lui pratiqua la trachéotomie. On avait pu se demander s'il ne s'agissait pas de diphthérie. Après l'opération qui fut très laborieuse à cause du peu de diamètre de la trachée à cet âge, l'enfant se ranima ; il revint à lui, reconnut ceux qui l'entouraient. Il fit, ajoute l'auteur, des caresses à sa maman et des risettes aux opérateurs.

Mais, une quinzaine d'heures plus tard, il mourait et à l'autopsie on ne trouva de fausses membranes ni dans le larynx, ni dans la trachée, ni dans les bronches. Les cordes vocales inférieures étaient enflammées et épaissies, c'était la seule lésion par laquelle on put expliquer les accès violents de suffocation. Une broncho-pneumonie de moyenne intensité, mais occupant les deux poumons, avait certainement contribué à l'issue funeste.

Chez l'autre enfant, qu'il avait soigné avec M. Blache, Bourdon avait vu également les accès de suffocation survenir quelques jours après le début de la convalescence. Chez ce sujet non plus il n'existait de diphthérie. Mais on ne lui fit pas la trachéotomie, la mort étant survenue tout à coup dans un accès de suffocation, au moment où l'on pratiquait une injection dans le pharynx, à l'aide de l'abaïsse-langue perforé de Guersant.

Nous allons maintenant essayer, à l'aide des différents symptômes qui se sont montrés dans les observations que nous avons rapportées, de donner les caractères généraux des laryngites rubéoliques graves.

Toute laryngite rubéolique a un début qui n'est pas brusque ; les accidents du déclin ne sont que l'aboutissant des phénomènes laryngés qui ont été en s'aggravant de plus en plus. Les accès de suffocation sont rares, moins violents que ceux du croup ; mais l'obstacle permanent donne lieu à une gêne respiratoire continue, accompagnée d'une inspiration sifflante plus ou moins pénible, alors que l'expiration reste libre.

La voix est en général assez éteinte et les petits malades évitent de parler comme si cette fonction était douloureuse

et pénible. D'ailleurs, lorsqu'ils crient, le timbre normal de la voix reparait plus ou moins éraillé.

La toux, au lieu d'être voilée, éteinte en partie, est au contraire stridente, aboyante dans certains cas, éraillée toujours. La pression du larynx est quelquefois douloureuse. Enfin lorsque l'épiglotte est touchée, la déglutition est gênée, en l'absence de toute paralysie du voile du palais. A ces phénomènes s'ajoute de la dyspnée, d'abord légère, mais s'accroissant rapidement. L'enfant est anxieux, sa face est congestionnée, turgescence ; son cou est gonflé ; son pouls est petit, mais rapide.

Tous ces phénomènes peuvent même être encore plus accentués, s'il y a des ulcérations ; la toux devient plus sourde et étouffée ; la déglutition des liquides la provoque le plus habituellement, mais non dans tous les cas. Ce fait paraît en relation avec la présence d'ulcérations siégeant en arrière, soit sur les replis aryténo-épiglottiques, soit au niveau des cartilages aryténoïdes.

Terminons la description des phénomènes que nous avons déjà signalés plus haut comme aidant au diagnostic différentiel entre le croup et la laryngite grave. Ce diagnostic, souvent hérissé de difficultés, peut dans certains cas devenir impossible et échapper à la pénétration des plus habiles. Il est évident que la constatation de fausses membranes, soit dans la gorge, soit au milieu des matières expectorées, ferait cesser toute hésitation. Malheureusement, le croup qui vient compliquer la rougeole apparaît le plus communément d'emblée ; il n'y a pas d'angine, ni aucun phénomène important du côté de la gorge. Il faut alors formuler son avis d'après un ensemble de nuances. Cepen-

dant, s'il s'agit d'une laryngite grave, on remarquera en général une voix dès le début très rauque et promptement éteinte ; une toux également très rauque et sourde dès le début, quelquefois convulsive ; il y a rarement des accès de suffocation qui présenteront cette particularité de ne pas survenir à une période avancée de la maladie, consécutivement à une dyspnée de jour en jour plus intense, comme dans le croup, mais bien d'une manière irrégulière, au milieu ou dès le commencement, parce que le plus souvent ils sont dus à une attaque de laryngite spasmodique.

Mais une nouvelle difficulté surgit ici ; un croup au début peut se compliquer de laryngite spasmodique, si bien que les accès de suffocation ne sont pas d'un grand secours pour établir le diagnostic différentiel. Quant à la dyspnée, la fièvre, l'auscultation, elles ne nous paraissent pas avoir une grande valeur. Car les bruits respiratoires peuvent rester très nets dans le croup ; certains auteurs expliquent ces anomalies par les caractères particuliers des fausses membranes qui, dans la diphthérie secondaire de la rougeole, seraient souvent molles, très minces, laissant par conséquent passer une quantité d'air suffisante pour produire les bruits normaux et morbides.

Nous disions tout à l'heure qu'un croup au début peut se compliquer de laryngite spasmodique ; mais même si les accès de suffocation se répètent, le second sera moins intense que le premier dans la laryngite rubéolique, et ainsi de suite et dans leur intervalle tous les symptômes alarmants, le sifflement inspiratoire, l'enrouement ou l'extinction de la voix disparaissent ou offrent un amendement considérable. Rien de semblable ne se voit quand il s'agit

du croup. Au lieu d'éclater brusquement avec cet appareil émouvant, il se développe en silence ; l'invasion est toujours plus lente, la voix devient presque toujours voilée, éteinte, ainsi que la toux.

Il nous semble aussi utile d'attirer spécialement l'attention sur la stomatite qui se rencontre dans les laryngites rubéoliques. S'il faut en croire West, il existerait une variété de croup très dangereuse se montrant après la rougeole et coexistant avec une stomatite ulcéreuse plus ou moins grave. Ce croup différerait absolument du croup diphthéritique.

On trouve dans son livre l'exposé de ses observations qui datent de 1843 (*Medical Times*, 5 août). Les caractères cliniques qu'il en donne varient suivant que l'affection se montre plus ou moins tôt.

De l'assoupissement, de la répugnance à avaler, peu de tendance à parler, une toux légère, peu d'altération de la respiration : tels sont les caractères de cette laryngite lorsqu'elle se montre pendant la rougeole ; elle a une marche insidieuse, comme on voit. Son explosion est-elle plus tardive, la toux est sonore, retentissante avec altération des bruits respiratoires, avec une difficulté plus ou moins grande pendant la déglutition. La mort survient dans le marasme, avec de la diarrhée, ou bien le petit malade est emporté par une broncho-pneumonie ultime. A l'autopsie, il y a des ulcérations de la bouche, du pharynx, du voile du palais, de l'épiglotte avec congestion de la muqueuse et fausses membranes. Les mêmes caractères se remarquent sur le larynx ; mais West ne les a jamais rencontrés plus bas ; la trachée est toujours indemne.

Il est difficile de voir dans ces cas autre chose qu'une poussée confluente d'aphthes consécutive à une rougeole. Il faut dire cependant qu'Archambault, dans ses notes de la traduction de West, où il parle de l'inflammation aphteuse qui accompagne le croup de la rougeole, semble rattacher ces ulcérations à la diphthérie.

Nous terminerons notre chapitre second par quelques accidents assez rares, l'œdème de la glotte, la laryngite chronique, l'abcès périlaryngé et la gangrène.

Pour ce qui est de l'œdème, les auteurs sont presque unanimes à admettre qu'il ne se rencontre jamais. Dans un seul cas, Rilliet et Barthéz disent avoir rencontré une laryngite œdémateuse. D'autre part, Krishaber et Peter (*Dict. encyc.*, art. *Larynx*) admettent la possibilité d'une suffusion séreuse sous-muqueuse, à la suite de la laryngite tardive. Sans doute, il est rare de rencontrer l'œdème type, c'est-à-dire l'œdème où les replis aryténo-épiglottiques sont tremblotants, acquièrent jusqu'à dix fois leur volume.

Mais si l'on admet que dans un larynx d'enfant, un œdème limité au pourtour des glandules qui suppurent, du gonflement de la muqueuse, suffisent pour rétrécir d'une façon notable, au point de vue fonctionnel, un orifice déjà très étroit à l'état normal, on comprendra qu'ils soient suffisants pour engendrer de la dyspnée, certains caractères de la voix et de la toux, sans même qu'il n'y ait d'ulcérations.

Quant à la laryngite chronique, elle est assez rare. Il y a cependant des exemples de laryngites persistant fort longtemps, deux mois, deux mois et demi et bien davantage encore. Mais finalement la laryngite rubéolique disparaît sans laisser de traces. M. Descroizilles a appelé l'at-

tention sur un abcès rétro-pharyngien qui fut méconnu pendant la vie et découvert à l'autopsie. Il siégeait en arrière et à droite du pharynx, et contenait une à deux cuillerées à café de pus phlegmoneux. La muqueuse laryngée était très hyperhémisée, ecchymotique en plusieurs points, surtout au niveau des cordes vocales inférieures. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est que M. Descroizilles crut la dernière journée de l'existence du sujet à l'apparition de la diphthérie ; il sépara l'enfant de ses voisins, en le plaçant dans le pavillon d'isolement. C'est à ce propos que M. Descroizilles rappelle qu'un abcès rétro-pharyngien peut produire du sifflement laryngo-trachéal et donner lieu à des accès de suffocation, sans qu'il soit possible d'arriver à trouver l'abcès péri-laryngien, quand la collection purulente est de petite dimension et profondément située.

De même, la gangrène du larynx consécutive à la rougeole est le plus souvent méconnue. Car, indépendamment de l'aphonie, qui, en effet, est le seul symptôme propre à la gangrène du larynx, qui manque assez souvent, et qui, dans les cas mêmes où elle existe, est mise sur le compte de la laryngite, si fréquente dans le cours de la rougeole, l'odeur repoussante de l'air expiré est le seul phénomène séméiologique qui trahisse l'existence de la maladie. Or, on sait que ce symptôme est commun à toutes les gangrènes de la partie supérieure du tube digestif et de l'arbre respiratoire.

CHAPITRE III

Que conclure et que déduire de notre travail au point de vue pratique.

Le plus souvent, dirons-nous, c'est à la période de déclin de la maladie que l'organe est le plus gravement frappé, que c'est par conséquent à cette période que le diagnostic différentiel entre le croup et la laryngite rubéolique grave devra être fait, que c'est encore à ce moment qu'il est le plus difficile à faire, si l'on songe que maintenant le petit malade, jeune le plus souvent, très débile par suite, est déjà épuisé par une rougeole dont les autres complications, les complications pulmonaires surtout, rendent encore moins nets les caractères cliniques qui servent de base au diagnostic.

Il y a des cas, il faut bien le reconnaître, où la ressemblance est tellement frappante que le praticien le plus expérimenté est exposé à s'y tromper. L'examen de la gorge est négatif, il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire, et le petit malade est menacé d'asphyxie. On a dès lors beaucoup de tendance à diagnostiquer croup d'emblée.

Or, qu'arrive-t-il dans ce cas ? A la campagne, il y a moins à craindre pour la vie du petit malade et pour ses voisins. Mais à l'hôpital, n'y a-t-il pas à redouter que l'on fasse passer l'enfant aux pavillons d'isolement ? S'il n'est atteint que de laryngite grave, il pourra contracter la diphtérie, plongé dans un milieu très redoutable où sa mu-

queuse laryngée déjà très affaiblie pourra facilement servir de terrain de culture au bacille de Klebs.

D'autre part, qu'on se rappelle la gravité de la diphthérie secondaire à la rougeole, il y a 82 morts sur 100 malades frappés.

Si le médecin prévenu recule devant une opération qu'il sait devoir être presque inutile, il perd le bénéfice d'une intervention qui doit réussir, si la diphthérie n'est pas en cause.

Que penser devant ces faits de tous les cas de guérison de prétendu croup secondaire à la rougeole ?

Bien plus que va-t-il arriver si l'on laisse l'enfant dans une salle de rougeole ? La contagion est à craindre, d'où la nécessité de faire passer tout sujet suspect dans une chambre spéciale.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Hte-Marne), 30, passage Verdeau, Paris
